

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA**

**Promoção e Prevenção de saúde em DST/HIV/AIDS: um
olhar sobre o Programa Saúde da Família.**

Vanessa Kuhlmann Peres – 2051010/6

Brasília, Dezembro de 2009.



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

**Promoção e Prevenção de saúde em DST/HIV/AIDS: um
olhar sobre o Programa Saúde da Família.**

Monografia apresentada como
requisito ao Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB, a título de
conclusão do curso de Psicologia.
Professor Orientador: Dr. Fernando
Luís González Rey.

Brasília, Dezembro de 2009.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO – PSICOLOGIA

Promoção e Prevenção de saúde em DST/HIV/AIDS: um olhar sobre o
Programa Saúde da Família.

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo pela
comissão examinadora formada pelos seguintes Professores:

Prof. Orientador Dr. Fernando Luis González Rey

Prof. Dr. José Bizerril Neto

Prof^ª. Dra. Valéria Deusdará Mori.

A Menção Final obtida foi: _____

Brasília, Dezembro de 2009.

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento” (Platão).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de existir e pela força enviada nos momentos de descrença, por conceder momentos de alegria e superação em minha vida, e por ter como companheiros nessa jornada a minha amada família e verdadeiras amizades.

Aos meus pais Edio e Rosilene por serem símbolo de dignidade, respeito e admiração em minha vida. Pai obrigada por lutar, você foi e sempre será meu exemplo. Mãe você é uma guerreira, acredite. Amo vocês para muito além. Obrigada por tudo.

A minha avó Ercy e em memória de meu avô Wallace, por todo carinho e amor dedicado.

A meu irmão por estar ao meu lado nos momentos que mais preciso.

Aos Kuhlmann e Peres por serem a Minha Grande Família.

Aos amigos e amigas, em especial as padinhas e frangas que fazem parte de tudo que sou, pelo companheirismo, felicidade e aprendizado.

A meu orientador Fernando Luís González Rey pela contribuição acadêmica, pelo profissionalismo, pela paciência e pelo estímulo e, principalmente, por acreditar na temática proposta.

RESUMO

Partindo do pressuposto de que as políticas de saúde se materializam nos serviços mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas, esse estudo tem por objetivo refletir sobre as práticas em promoção e prevenção de saúde, especificamente na área de DST/HIV/AIDS no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Pretende-se apreciar a assimilação do princípio da integralidade nessas práticas e, desta maneira, contribuir para o debate sobre os alcances e limites da estratégia do PSF. O estudo envolve metodologia qualitativa e apresenta dois momentos, revisão na literatura e construção da informação a partir da análise do discurso coletado em entrevista. Essa análise possibilitou perceber que o trabalho das equipes do programa Saúde da Família representam um progresso como política assistencial de saúde, porém, se faz necessário um olhar mais amplo para a formação dos profissionais para trabalharem a nova proposta.

Palavras-chave: Promoção e prevenção de saúde; Programa Saúde da Família; Profissionais de saúde.

SUMÁRIO

Introdução.....	8
I – Fundamentação teórica	
HIV/AIDS.....	11
1.1 Reações sociais e emocionais.....	12
Prevenção e Promoção de Saúde.....	16
1.2 Educação em Saúde.....	19
1.3 Medidas de Saúde Pública em Prevenção a DST/HIV/AIDS.....	21
1.4 Programas de Atenção a Saúde.....	23
II – Capítulo Metodológico.....	28
III – Construção da Informação.....	40
Considerações Finais.....	62
Referências Bibliográficas.....	66
Anexos.....	71

INTRODUÇÃO

Hoje, apesar da abertura ao diálogo tão elogiado em nossa sociedade, a sexualidade ainda é ignorada. Crianças e adolescentes são tratados como seres assexuados. Há quem considere falar sobre sexo nas salas de aula, por exemplo, um estímulo à atividade sexual. Essa alienação e a ausência de uma orientação sexual acabam por gerar consequências nas gerações seguintes.

Atualmente o número crescente de casos de gravidez não planejada entre adolescentes, o aumento do número de abortos e o aumento da transmissão de DST, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), demonstram a importância de se discutir abertamente o assunto.

Um dos objetivos da educação em saúde é desvincular a sexualidade de tabus e preconceitos, afirmando a sua associação ao prazer e à vida. No início da epidemia de AIDS, assim como no combate às drogas, foram utilizadas muitas mensagens preventivas baseadas no terror. Mas logo percebeu-se que o terror não é eficaz, pois afasta as pessoas das questões que se pretende analisar (BRASIL, 2006).

A AIDS em seu aspecto epidêmico trouxe novos desafios éticos para a saúde pública. Por um lado, reforçou-se a necessidade de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Por outro, constatou-se que o controle dessas doenças não estava associado somente à vontade pessoal, ao diagnóstico e ao tratamento, mas também a promoção de transformações socioculturais e de qualidade das relações humanas.

Sabe-se hoje que a prevenção depende muito mais de atitudes de cuidado de si e dos demais do que de informações científicas. Podemos promover, desde a infância, o desenvolvimento de muitas competências para a proteção e o auto-cuidado. Por isso a necessidade de se estudar temas não só em saúde, mas em diferentes áreas do saber,

considerando a representação dessa atividade e compreendendo que cada setor possui sua parcela de responsabilidade na melhoria da qualidade de vida da sociedade.

Uma das respostas sociais a tais problemas de saúde têm sido investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual, ainda que se identifique, de forma clara, que medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, sejam de fato, as razões fundamentais para as principais mudanças necessárias.

O elemento motivador para a realização deste projeto de pesquisa que está relacionado a promoção e prevenção de saúde, e a AIDS diz respeito à possibilidade de investigar esse fenômeno que se constitui como um exemplo clássico dos importantes problemas de saúde pública.

Esse estudo intenta discutir a contribuição da promoção da saúde, como área de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida. Para tanto, serão apresentadas a definição de AIDS e como ela tem sido representada, em seus aspectos emocionais e comportamentais através dos tempos assim como, os conceitos que aproximam promoção, prevenção da saúde e qualidade de vida, bem como, algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação, como as políticas públicas saudáveis.

Especificamente como objeto de pesquisa, será abordado o Programa Saúde da Família (PSF), que constitui um dos programas propostos pelo Governo Federal para implementar a atenção básica. Este programa é uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Através deste levantamento, busca-se avaliar o Programa Saúde da Família como estratégia de promoção e prevenção de saúde pública, assim como compreender os sentidos da AIDS e sua representação para os profissionais e para a área da saúde.

I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

HIV/ AIDS

A AIDS – ou Sida, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A principal característica da AIDS é um colapso do sistema imunológico, pela considerável destruição de linfócitos, que comumente protege o corpo de infecções. Devido ao colapso das defesas do organismo, as pessoas com AIDS contraem várias infecções, conhecidas como ‘oportunistas’ (BRASIL, 2008).

Após o contágio, a doença pode demorar até 10 anos para se manifestar. Por isso, a pessoa pode ter o vírus HIV em seu corpo, mas ainda não ter desenvolvido a AIDS. Isso acontece, porque o HIV fica "adormecido" e controlado pelo sistema imunológico do indivíduo. O indivíduo infectado pelo vírus pode transmiti-lo em todas as fases da infecção, visto, contudo, que o risco é proporcional à magnitude da viremia. (BRASIL, 2008).

Após o seu desenvolvimento, o HIV começa um processo de destruição dos glóbulos brancos do organismo da pessoa infectada. Como esses glóbulos brancos fazem parte do sistema imunológico dos seres humanos, sem eles, o doente fica desprotegido e várias doenças oportunistas podem aparecer e complicar a saúde do soropositivo. (MASTERS & JOHNSON, 1997).

O vírus HIV encontra-se no sangue, no esperma, na secreção vaginal e no leite materno das pessoas infectadas pelo vírus, e suas formas de contágio são: relação sexual sem o uso de preservativos, compartilhamento de seringas e agulhas, transfusão de

sangue contaminado pelo HIV, acidentes ocupacionais com objetos perfuro-cortantes que contenham material biológico de origem humana e presença de sangue contaminados pelo HIV, filho nascido de mãe portadora do HIV - quando não foi feita a prevenção de transmissão para o bebê ou que tenha sido amamentado. (MASTERS & JOHNSON, 1997).

A AIDS não tem sintomas próprios. O que o vírus HIV faz é enfraquecer o organismo infectado. Por isso o doente vai manifestar sintomas que na verdade são de outras doenças, causadas por vírus ou bactérias que se aproveitam da situação para atacar o organismo.

A detecção laboratorial do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam anticorpos, antígenos, material genético, ou que isolem o vírus. Os testes sorológicos, que pesquisam anticorpos são os mais utilizados. O aparecimento de anticorpos detectáveis ocorre em torno de 30 dias após a infecção. (BRASIL, 2008).

Quanto ao tratamento, nos últimos anos, foram obtidos grandes avanços no conhecimento da epidemia. Várias drogas antiretrovirais em uso combinado, o chamado “coquetel” demonstram eficácia na elevação da contagem de linfócitos T CD4 e na redução da carga viral. Com isso a evolução da doença tem sido controlada, evidenciada pela redução da incidência das complicações oportunistas, da mortalidade, por uma maior sobrevida, bem como por uma significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2008).

1.1 – Reações sociais e emocionais

Assim que a AIDS tomou grandes proporções e começou a chamar atenção da sociedade, existia um estigma que rotulava como uma doença de gay, de pessoas

promíscuas e usuários de drogas injetáveis. Realmente as estatísticas (comentadas acima) comprovam que inicialmente existia uma maior incidência de doentes em grupos gays e usuários de drogas injetáveis.

“Como os primeiros casos de AIDS foram encontrados principalmente em gays, em bissexuais e viciados em drogas intravenosas, existiu certo grau de complacência em relação à epidemia de HIV/AIDS por parte de alguns grupos – do tipo ‘isso não diz respeito a mim’ [...] (MASTERS & JOHNSON, 1997).

Assim, as probabilidades de infecção pelo vírus HIV eram estimadas a partir da presença de riscos individuais, no qual surgiram a demarcação dos grupos de risco, que contribuiu para a reafirmação de preconceitos e discriminação social. Gerou-se então a falsa idéia de que as pessoas que não pertenciam a tais grupos não estavam sujeitas à infecção, pois estavam do lado oposto protegidas pela fronteira moral. (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos, porém, tem se observado um aumento crescente no contágio em pessoas heterossexuais casadas ou que tenham uma união estável, que não usam preservativos e possuem grande resistência no uso de preservativos na relação sexual por confiar no (a) parceiro (a). (BRASIL, 2006).

Devido ao fato de os primeiros casos de AIDS terem sido detectados em indivíduos homossexuais, sua evolução manteve-se, no início, basicamente circunscrita aos chamados grupos de risco: homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas intravenosas e hemofílicos. Entretanto, atualmente considera-se como sendo grupo de risco, qualquer pessoa que, por algum motivo, esteja mais exposta ao contato com o vírus. (MARTINEZ, 1998).

A autora acrescenta ainda que seja importante esclarecer que o conceito de grupo de risco foi intuitivo. A comunidade científica nos informa que a transmissão da infecção se dá através das relações sexuais, por transfusão de sangue, uso comum de

seringas e agulhas infectadas e transmissão vertical da mãe para o filho, antes ou após o parto, e enfatiza a necessidade de medidas preventivas no tocante a essas formas de contaminação.

Neste sentido, toda a população, independente da preferência sexual, religião, cor, idade, etc., está sujeita à infecção, desde que não sejam observadas as medidas preventivas. (MARTINEZ, 1998).

A sociedade construiu uma noção de que essa doença seria dos “outros”, daqueles considerados distantes morais, mas esse limite acabou quando a doença alcançou a sacralidade da família e do casamento. Por isso que é tão difícil as campanhas de prevenção entre heterossexuais com relacionamentos estáveis, pois essas pessoas estão vinculadas a crenças e valores morais associadas ao casamento, e o casamento representa atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade e como pressuposto de que possuem isso, eles já estão protegidos contra a doença.

A doença constrói-se então como categoria de acusação, produzindo os culpados e as vítimas. A sociedade enfrenta a doença ao mesmo tempo que realiza manobras de exclusão de grupos e indivíduos, apresentando outros como vítimas. (SEFFNER, 1998).

Seffner (1998) cita como exemplo o hemofílico, que não é considerado um desviante, ele adquiriu AIDS por uma fatalidade derivada de sua doença. Os usuários de drogas, homossexuais, bissexuais e profissionais do sexo são os agentes da AIDS, os 'culpados' pela AIDS, e 'culpados' pela sua própria infecção. E isso porque eles estão numa situação considerada socialmente desviante, frente aquilo que é o normal predominante. A AIDS aparece como doença ligada ao excesso (promiscuidade) ou a contravenção (drogas, prostituição). Enfim, doença ligada ao desvio, ao desviante.

Isso faz com que a doença adquira uma especial relevância social e subjetiva, a qual produz uma nova dimensão para quem vive ela, que deve ser atendida, tanto pelas suas implicações para o próprio curso da doença, como para a saúde mental de quem a vive, a qual é inseparável dos recursos que o organismo desenvolve para gerar opções frente a esse processo.

Muitas pessoas que vivem com HIV/AIDS sentem-se agredidas por mensagens na televisão, revistas e campanhas. O papel da sociedade em geral, é estar atenta aos riscos e, principalmente, bem informada sobre os meios de prevenção da doença. Nunca rejeitar o convívio com os soropositivos.

Nas últimas décadas as campanhas e estratégias usadas para a prevenção e o controle da AIDS têm mudado. As mudanças nas abordagens epidemiológicas (de “grupos de risco para comportamento de risco” e, posteriormente, para “vulnerabilidade”) permitiram ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não apenas em grupos isolados, mas ainda não conseguiu mudar efetivamente a representação social que temos sobre o assunto.

A AIDS ainda é reconhecida como uma epidemia da imoralidade, já que inicialmente estava associada a pessoas e comportamentos considerados desviantes. De acordo com Guilhem “Epidemia da imoralidade” é um conceito criado a partir das suas observações do meio social e das metáforas usadas pela própria sociedade, que julgava a AIDS como sendo uma “peste gay” e que acreditava também que essa doença tinha mais incidência em prostitutas e usuários de drogas.

Hoje apesar das campanhas feitas pelo governo, ainda é grande o número de pessoas que não tem acesso às informações.

De acordo com Parker & Camargo (2000), a AIDS tem se direcionado aos segmentos menos favorecidos da sociedade, e para Fernandes, (1998) o fato de a doença

atingir cada vez mais pessoas com menor escolaridade, é devido ao reduzido acesso as informações. Um grupo específico que também pede a atenção do governo são as prostitutas que já estão se articulando politicamente com ações que buscam neutralizar a discriminação por elas.

A evolução da epidemia mostrou que se faz necessário superar o conceito de grupo de risco, tanto do ponto de vista ético quanto na perspectiva da eficiência no enfrentamento da doença. É preciso considerar que a chance de infecção resulta de um conjunto de aspectos individuais, associados à suscetibilidade ao adoecimento, em concomitância a aspectos coletivos, de maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. (BRASIL, 2006).

Felizmente, consciência e sensibilidade da população em relação à epidemia de HIV/AIDS tem aumentado muito nos últimos anos através de alguns pequenos passos que conseguiram humanizar e desmistificar a epidemia. (MASTERS & JOHNSON, 1997).

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Conceito emitido pela Carta de Ottawa, documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde

deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objeto de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global.” (WHO, 1986).

As profundas modificações econômicas e sociais decorrentes de modelos de desenvolvimento e das políticas de industrialização adotadas, bem como o rápido desenvolvimento da ciência e tecnologia e o aumento dos processos de comunicação, comércio e interrelação entre os países acarretaram, em especial para os países em desenvolvimento, conseqüências e impactos em diversas dimensões da suas realidades. (LEFEVRE, 2004).

Se por um lado a modernidade trouxe avanços inegáveis à humanidade no que tange a questão da saúde das populações, em decorrência do acesso e disponibilidade de serviços e tecnologias em saúde às comunidades, por outro lado a complexidade do mundo pós-moderno apresenta uma realidade sanitária de difícil enfrentamento combinado, doenças típicas de países avançados com as de países subdesenvolvidos.

Essas transformações do mundo contemporâneo, portanto, impactam de maneira significativa o campo da saúde, seja no nível do seu objeto – o processo saúde-enfermidade de indivíduos e coletividades – seja no nível do instrumental teórico metodológico em que se apóiam o conhecer e o fazer sanitário. (LEFEVRE, 2004).

O movimento de prevenção, na medida em que consiste em um esforço de se antecipar as conseqüências da doença, poupando a energia e os custos econômicos e psicológicos do tratamento, representa um importante passo na direção de se entender a

natureza da doença e limitar sua carga ameaçadora. Contudo a prevenção tem um alcance necessariamente limitado.

Já a promoção caracteriza uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferente da prevenção, tem como meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque busca atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades. (LEFREVE, 2004).

Um objetivo central da promoção da saúde desde uma perspectiva psicológica é facilitar a emergência do sujeito da saúde, que aparece como aquelas pessoas e instituições capazes de se posicionar de forma ativa ante os fatores do modo de vida e das relações humanas que permitem um desenvolvimento mais sadio de pessoas e instituições.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõem a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2000).

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial em saúde. (WHO, 1986).

A saúde vincula seres humanos e ambiente, natureza e sociedade. Deve objetivar não apenas a reparação do organismo, mas, modificar a origem dos processos de adoecimento, transformando condições e modos de vida. (IANNI, 2005).

1.2 – Educação em Saúde

A modernidade, com suas mudanças de valores e nos modos de vida, fez emergir problemas sociais que até pouco tempo não eram contemplados pela área da saúde pública, como educação em saúde às doenças sexualmente transmissíveis. As DST, incluindo a AIDS, estão entre os problemas mais comuns de saúde pública em todo o mundo. Assim sendo, a educação em saúde constitui papel essencial na melhoria deste quadro epidêmico.

O cuidado de pessoas envolve a integralidade do usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade. Evidencia-se a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação. É um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, revelando um sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

Certas barreiras dificultam o pleno desenvolvimento da atividade educativa. Uma delas é a falta ou desconhecimento de uma metodologia adequada, por parte dos profissionais de saúde, que estimule a participação e busque na realidade dos próprios indivíduos a solução para suas dificuldades. A outra é a visão equivocada de profissionais de saúde que se vêem como “donos do saber”.

Educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Não pode ser vista apenas como uma forma de transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida. (FIGUEIREDO, 2003).

A saúde não é a ausência de sintomas, mas sim um funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores de doença. A sociedade, com os recursos e a organização de que dispõe, define um conjunto de condições que, de maneira direta ou indireta, influi na saúde humana. Como expressões políticas intencionais, a sociedade desenvolve, de forma direta, um sistema de saúde que expressa a ideologia e os fins de sua organização política. (REY, 2004).

Segundo Fernando González Rey (2004) a orientação passiva só faz com que o indivíduo se adapte ao que foi imposto pelas circunstâncias, não se envolvendo realmente com as finalidades nem de suas atividades em muitos dos sistemas de relacionamento em que participa. Produz-se assim, uma alienação dos fins da atividade com as verdadeiras necessidades do indivíduo.

Já quando o homem é portador de uma orientação ativa, ou seja, é gestor de sua própria cultura individual, assume responsabilidades de seus atos, desenvolvendo-se em relação aos diferentes aspectos de sua vida. Além disso, é capaz de influenciar todo o sistema de hábitos em função de seus objetivos pessoais e do sentido exercido por estes em sua concepção de mundo. (REY, 2004).

Ainda conforme o autor citado acima, a combinação dessa orientação ativa com uma sociedade que promove valores e que oferece uma adequada educação para a saúde mediante diferentes canais de interação com o homem constitui fator primordial para o desenvolvimento da auto-regulação do sistema de hábitos.

O trabalho mais importante de um agente de saúde é incentivar a troca de conhecimentos, habilidades, experiências e idéias. Sua atividade como “educador” pode ter alcance muito maior do que todas as atividades preventivas e curativas em conjunto.

A educação em saúde pode aumentar a habilidade das pessoas e sua confiança para resolver os próprios problemas. Ela se torna eficiente na medida em que ajuda as pessoas a conseguirem maior controle sobre a própria saúde e a vida. O ensino que incentiva mudanças faz com que aluno examine os problemas existentes e a procurar soluções criativas e corajosas.

1.3 – Medidas de Saúde Pública em Prevenção a DST/HIV/AIDS

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado.”

(Constituição Federal de 1988, Artº 196).

As ações em educação em saúde para a prevenção do HIV/AIDS são orientadas a partir das características e tendências de evolução da doença, em cada local, e das condições econômicas, culturais e sociais dos grupos mais afetados. Nesse sentido, afirma-se que a epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, que os grupos devem ser considerados segundo os critérios de vulnerabilidade e risco, e que a participação dos grupos sociais é essencial para a mudança de práticas e atitudes. (BRASIL, 2005).

Essas ações pautam-se pelas intervenções voltadas prioritariamente aos grupos mais vulneráveis e são desenvolvidas por vinculação de campanhas de massa para toda a população, por ações específicas de intervenção na comunidade. Preconizam-se ações sistemáticas e continuadas, como informação, orientação e disponibilização de insumos tais como preservativos e seringas, a fim de interferir no comportamento sexual e no uso de drogas, nos quais a perspectiva de redução de danos é o pressuposto básico para a intervenção. (BRASIL, 2005).

As medidas de controle envolvem de acordo com o guia de bolso – Doenças Infecciosas e Parasitárias (BRASIL, 2008):

- A prevenção da transmissão sexual, que se baseia na informação e educação visando à prática do sexo seguro, pelo uso de preservativo;

- A prevenção da transmissão sangüínea, que exige para transfusão o teste para detecção de anticorpos anti-HIV, o processo de inativação do vírus para todos os hemoderivados e o uso de materiais descartáveis ou desinfetados e esterilizados;

- A prevenção da transmissão vertical que recomenda o uso de anti-retrovirais na gestante infectada e substituição do leite materno;

- E a prevenção de outras formas de transmissão, na doação de órgãos e sêmen, passando por uma rigorosa triagem sorológica dos doadores.

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (2005), desenvolvido pelo Ministério da Saúde são estratégias de prevenção:

- A promoção de mudanças de comportamentos mediante ao acesso a informações sobre os meios de transmissão, prevenção e percepção de risco;

- O estabelecimento de modelos de intervenção que considerem os grupos populacionais quanto à tomada de consciência em relação à sua situação de vulnerabilidade e risco via os aspectos sociais e culturais;

- O desenvolvimento de intervenções baseadas no trabalho com grupos que compartilham práticas semelhantes, e agentes comunitários de saúde que incentivem a mudança de valores e crenças em relação às DST/AIDS;

- O fortalecimento de redes sociais visando a participação nas atividades de promoção das ações de prevenção e suporte social;

- O desenvolvimento de parcerias com organizações não-governamentais, visando abranger as ações de prevenção à infecção pelo vírus HIV;

- A distribuição de insumos de prevenção e programas de redução de danos;

- A criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação dos setores empresariais na luta contra a epidemia;
- Substituição do leite materno por leite artificial para crianças, filhas (os) de mães portadoras do HIV.

1.4 Programas de Atenção a Saúde

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

(Lei Federal nº 8.080/90, Artº 3º).

As políticas de saúde, enquanto ações objetivas sob responsabilidade do Estado, começaram a existir no Brasil somente no início do século XX. Podemos dizer que política pública é a materialização da ação do Estado, e no caso da saúde elas aparecem na forma de Programas de Atenção à Saúde.

A mudança da legislação e a introdução de inovações nos Programas de Atenção a Saúde, como é o caso da Saúde da Família, e a ampliação do piso assistencial básico podem ocasionar, no caso brasileiro, um grande impulso à qualidade de vida e às condições de saúde sob a ótica da promoção da saúde.

A Saúde da Família como estratégia organizadora dos sistemas de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem

produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família (PSF) (Ministério da Saúde, 1998) tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 1991).

O PSF é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Isso imprime uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população.

O PSF visa tanto prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados. O programa intervém sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e ainda estimula a organização da comunidade como efetivo exercício do controle social.

O programa propõe a orientação do modelo assistencial tomando como foco a família no seu espaço físico e social. Isso proporciona à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que permite intervenções para além das práticas curativas.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

No que tange à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para desenvolver desde ações de busca ativa de casos na comunidade, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados, com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF. (ALVES, 2005).

A integralidade se contrapõe à abordagem reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional deve ser totalizante, com apreensão do sujeito ativo e social. Assim,

seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Educar para a saúde significa ir além das práticas curativas, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais de saúde. O desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família. (ALVES, 2005).

Para Cordeiro (1996) o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, a proposta do programa demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e das práticas de saúde, de forma que se possa refletir os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais.

A adoção do PSF parte do reconhecimento de que as iniciativas de introdução de mudanças substantivas no setor saúde, a partir da implantação do SUS, apesar de seus avanços, têm resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover alterações significativas no modelo assistencial.

Rosa & Labate (2005), acreditam que um dos problemas verificados na proposta do PSF, enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial é a idéia de que o programa esteja mais voltado para ações de natureza "higienista" do que "sanitarista". Os especialistas encarregados de reeducar terapeuticamente a família percebem que a desestruturação familiar é um fato social, mas não percebem que as terapêuticas educativas contribuem diretamente na fabricação desse fato. Muitos dos fenômenos apontados como causas da desagregação familiar, nada mais são que conseqüências históricas da educação higiênica.

Para que realmente se concretize uma mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam à nova busca do setor.

Outro ponto discutido pelas autoras é que no PSF, observa-se também uma transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação, como no seu saber, para um trabalho em equipe que abre as vertentes do conhecimento e da vinculação social. Desse modo, verifica-se a necessidade de se reorganizar a rede dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade. (ROSA & LABATE, 2005).

Um dos elementos evidenciados é que mesmo o PSF tendo um caráter prescritivo, não se encontra, em documentos oficiais, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões levantadas sobre dinâmica familiar. O que acaba por gerar a falta de consenso, produzindo dificuldades de entendimento, de planejamento, no cuidado, na orientação para a formação profissional, além de frustrações pelas expectativas não atendidas.

Ainda assim a inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser vista como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Vai além do cuidado individualizado, focado na doença, e contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde.

II – CAPÍTULO METODOLÓGICO

2.1 – Fundamentação da Metodologia

A modelagem quantitativa é muito utilizada para suporte e trabalhos científicos e, representação dos conhecimentos adquiridos. Contudo, a possibilidade de se utilizar esses modelos experimentalmente para registrar e analisar problemas comportamentais de forma analítica é muito limitada, e a sua necessidade de conversão numérica se restringe a uma atribuição relativa de valores numéricos representacionais.

Já os modelos qualitativos são formados a partir de descrições intuitivas do pesquisador ou indivíduo pesquisado, tendo por finalidade a representação dos objetos ou indivíduos e as relações associadas para formulação de um modelo interativo.

O que antes não havia necessidade de se investigar, por não se conseguir mensurar e nem sistematizar, hoje passa a ser hipótese de causa dos comportamentos ditos inexplicáveis. As pesquisas passaram a ter necessidade de obter dados qualitativos e não apenas quantitativos. Estas pesquisas qualitativas permitem a participação de outras áreas do saber, como a Psicologia que visa buscar por meio da comunicação, informações de caráter informal num contexto complexo e real a cada singularidade das variáveis apresentadas. (REY, 2005).

Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Esses dados não são padronizáveis como os dados quantitativos, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los. O bom resultado da pesquisa depende da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador. (GOLDENBERG, 2000).

González Rey (2005), afirma que a epistemologia qualitativa representa uma nova modalidade de produção de conhecimento e que é parte de uma realidade diferenciada, singular, interativa. Dessa forma o pesquisado não está isento de suas produções, pois esta é construída numa relação de interação e trocas mútuas, onde pesquisador e pesquisado aprendem e constroem uma pesquisa.

Ainda segundo o autor, por meio da pesquisa qualitativa, há uma legitimação do singular, como instância de produção do conhecimento científico, considerando a pesquisa como produção teórica, a qual não se reduz à mera utilização de teorias, mas a produções constantes de modelos de inteligibilidade que lhe dêem suporte no campo do problema.

Pesquisa qualitativa representa um processo constante de produção de idéias que organiza o pesquisador no cenário complexo de seu diálogo com o momento empírico. Por meio desse tipo de pesquisa, ocorre o resgate da condição de sujeito das pessoas pesquisadas, assim como as diferentes vias para chegar a ele, a condição do pesquisador como sujeito e a importância de suas idéias para a produção de conhecimento.

O contexto da pesquisa é organizado pelo caráter indutivo descritivo, construtivo e interpretativo, dando ênfase à relação com o pesquisado, pois se não existe formação de vínculo não há pesquisa. A pesquisa ainda é orientada à produção de idéias, ao desenvolvimento da teoria, à produção e ao desenvolvimento do pensamento do pesquisador.

González Rey (2005) cita que, o produto de conhecimento se dá onde o sujeito pesquisado confere sentidos e significados em face do objeto de estudo. Os objetivos estão em função de novas zonas de sentido do sujeito, e o foco da pesquisa está na relação de qualidade, pois o pesquisador e o entrevistado operam juntos na produção de

conhecimento. Assim, as contribuições do sujeito durante a pesquisa são de interesse do pesquisador e exigem a perícia deste para definir indicadores relevantes.

O momento empírico é o cenário particular do processo de produção de conhecimento para onde convergem as informações em conteúdo que acompanham esse processo. O sujeito e objeto da pesquisa são indissociáveis por estarem permeados pela subjetividade de ambos. A subjetividade do pesquisador está sempre presente, entretanto, os protagonistas são o pesquisador e o pesquisado.

De acordo com González Rey (2005), o caráter ativo do pesquisador não se limita à compreensão do objeto do conhecimento que atua sobre esse processo, mas vai além da própria consciência do pesquisador.

2.2 – Opção Metodológica

Para esse estudo, será utilizada como uma ferramenta para analisar os dados e produzir conhecimento, a epistemologia qualitativa, uma vez que esta oferece a possibilidade de conhecer e compreender melhor os fenômenos nos quais o indivíduo está inserido de maneira mais completa.

Nesse seguimento, as colocações da entrevistada serão tão importantes quanto as análises do entrevistador. Como colocou González Rey (2005), um dos aspectos que definem a condição de sujeito é a reflexão, isto é, a capacidade de produção intelectual constante no curso da vida e, neste caso, no processo da pesquisa.

2.3 – A pesquisa qualitativa na Psicologia

A pesquisa qualitativa é caracterizada pelo seu caráter dialógico, de construção e interpretação da realidade e pela sua atenção ao estudo de casos singulares. O processo de construção teórica nas ciências humanas e neste caso, da psicologia, tanto ao nível

individual como social, tem que ser desenvolvido levando em consideração a subjetividade do sujeito inserido no seu contexto de vida, no qual suas experiências acontecem. (REY, 2005).

No presente estudo, com base em uma perspectiva da Psicologia, as entrevistas serão analisadas como um todo. Tanto o conteúdo do discurso, como as análises e inferências sobre opiniões formuladas pelo não-dito, serão levadas em consideração. Faz-se importante ressaltar, que por se tratar de uma conversação aberta, a entrevistada coloca muitas questões pessoais que são de considerável relevância para um trabalho de Psicologia.

González Rey (2005) acrescenta que esse tipo de pesquisa, que se apóia na participação e no compromisso crescente de quem participa dela, há de ter um sentido para os participantes, sem o qual é pouco provável que se produza o tipo de informação de que necessitamos.

De acordo com Turato (2003), a pesquisa deve ocorrer preferencialmente em seu ambiente natural, pois é onde as informações realmente se encontram. O pesquisador irá construir sua teoria com os elementos encontrados em campo sem se prender a seu objetivo inicial. Dessa forma, as inquietações do pesquisador estarão presentes no curso da pesquisa, emergindo seu significado.

Turato (2003) apresenta ainda uma definição sobre o método clínico-qualitativo, na qual ele descreve esse método científico de investigação, como sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas e que, como recurso na área da psicologia da saúde, ele busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertencentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador

utilizando um quadro amplo de referências teóricas para a discussão no espírito da interdisciplinaridade.

A epistemologia qualitativa se apóia em três princípios básicos do ponto de vista metodológico. Primeiro o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa - é preciso dar sentido as expressões do sujeito estudado. Segundo, o caráter interativo do processo de produção do conhecimento é essencial no processo de estudo dos fenômenos humanos. E por último, a valorização da singularidade adquire importante significação qualitativa, que impede de identificá-la com o conceito de individualidade. (REY, 2005).

Ainda segundo González Rey (2005), diálogo não é apenas um suporte emocional ao pesquisado, mas o elemento principal para a elaboração do pensamento e, conseqüentemente, da qualidade da informação produzida.

O pesquisador é ativo e participante durante a entrevista, e a qualidade dessa relação dará suporte ao pesquisado para que “expresse” a sua singularidade pela fala, e esta está vinculada ao contexto interativo.

A pesquisa qualitativa que o autor propõe para o conhecimento da subjetividade, enfatiza o caráter teórico sobre o empírico assim como, a construção sobre a descrição.

Dessa forma, a pesquisa psicológica orientada para a compreensão de aspetos subjetivos prioriza alguns pontos como: O empírico é um momento de diálogo e contradição, entre teoria e expressão dos processos estudados; A teoria acompanha todo o processo de pesquisa, sendo o real apoio da pesquisa; O diálogo reveste-se de significado especial tornando-se essencial nessa modalidade de pesquisa.

Minayo (1993), afirma a importância de se respeitar a complexidade do ser humano, devendo o pesquisador trabalhar valorizando aspectos como o universo de

crenças, motivações, significados, aspirações do sujeito que representam os espaços de relações mais profundos que se pode apreender através do cotidiano, das vivências e experiências do sujeito e que não devem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A autora acrescenta ainda que, a respeito da cientificidade das ciências sociais existem duas questões importantes a serem estudadas. A primeira é o fato de tratarmos de uma realidade da qual nós próprios fazemos parte, sendo assim, impossível pensarmos em neutralidade, e segundo, o fato de acreditarmos que os fenômenos e processos sociais têm um profundo sentido subjetivo, o que torna incompatível trabalharmos em cima do paradigma da objetivação, uma vez que este não compreende a subjetividade.

Na pesquisa qualitativa a construção da informação surge ao longo do processo de construção e interpretação que acompanha todos os momentos da pesquisa; diferente do que ocorre na pesquisa tradicional em que essa construção se dá a partir dos dados coletados. (REY, 2005).

Outro aspecto abordado pelo autor é a relação entre as diferentes áreas de produção do conhecimento psicológico. Ele coloca que na pesquisa tradicional há uma fragmentação do campo de conhecimento da psicologia, em áreas de especialização que, quase sempre, permanecem sem relação entre si. Traz então a definição de que o valor de um conhecimento para uma especialidade da psicologia, não deve ser sua procedência instrumental, nem o cenário em que acontece a pesquisa, mas a significação deste dentro do universo teórico em desenvolvimento.

2.4 – Definição dos Instrumentos

Os instrumentos de uma pesquisa devem possuir um sentido interativo, possuindo a característica de propiciar uma conversação entre pesquisador e pesquisado.

Um ponto importante a ser destacado é o de que não existe uma relação sequencial entre os instrumentos e sua qualidade, pois a informação surgida nos momentos informais da pesquisa também possuem validade para a construção da informação.

De acordo com González Rey (2005), os instrumentos devem ser ferramentas interativas que permitam ao pesquisador uma multiplicidade de usos no processo investigativo. Portanto, o instrumento não se apresenta como uma via objetiva que gera resultados definitivos a respeito da natureza do objetivo estudado.

Os instrumentos de pesquisa são fontes de aquisição de informação dinâmicas que podem ser utilizados para discussão dos resultados com o pesquisado, assim, permitindo a criação de espaços de conversação nos quais todas essas questões poderão ser rediscutidas e a partir daí, tornar possível a criação de informações mais significativas ao respectivo assunto.

Segundo Turato (2003), o pesquisador deve ser o principal instrumento da pesquisa, por ser a partir de sua percepção que ele trabalhará os conteúdos apresentados pelo sujeito pesquisado no curso da pesquisa. Os demais instrumentos são apenas auxiliares na construção de uma nova zona de sentido. A introspecção e a reflexão por parte do pesquisador deve ser parte do contexto em que ocorre a pesquisa.

O uso do instrumento entrevista é fundamental quando se deseja mapear práticas, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitem ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios das formas como cada um dos sujeitos pesquisados percebe e significa sua realidade, podendo levantar informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados. (DUARTE, 2004).

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1993).

A escolha do instrumento - entrevista - partiu do pressuposto de que o método permite uma flexibilidade e possibilidade para que o sujeito expresse as questões que lhe causam conflito de uma forma natural e informal. É importante ressaltar que esse instrumento foi utilizado em uma configuração aberta, na qual, o pesquisador e o pesquisado construíram reflexões e compartilharam experiências.

Os diálogos foram construídos dinamicamente e espontaneamente de acordo com os interesses do pesquisador e também do pesquisado. Visto que, as questões abertas apenas sugerem tópicos para que se inicie uma investigação do tema pesquisado, sem delimitar respostas, sendo assim compatíveis com a própria definição da abordagem qualitativa, uma vez que a proposta é interpretar os sentidos e as significações que as pessoas trarão a partir do assunto abordado.

Para a utilização da entrevista aberta como instrumento de pesquisa foi considerado o cuidado que se deve ter com esse recurso para que não houvesse o engessamento das falas do sujeito e, para que este não perdesse sua naturalidade e riqueza no relato de suas experiências.

A entrevista, entre outras características, procura apreender o ponto de vista do sujeito entrevistado, ou seja, do ator social. A entrevista semi-estruturada serviu apenas como roteiro, com poucas questões, para facilitar a coleta das informações necessárias e para o aprofundamento de idéias. Vale ressaltar que esse roteiro serviu como norteador das discussões, sem que necessariamente as questões tivessem que ser cumpridas na

íntegra. Esse instrumento mostrou-se de grande utilidade já que possibilitou o desencadeamento de discussões interessantes por parte da entrevistada.

2.5 – Cenário da pesquisa

Para que este projeto fosse realizado a pesquisadora utilizou os princípios da Epistemologia Qualitativa de pesquisa como via que possibilita produção de conhecimentos a respeito da temática estudada.

O cenário é a comunicação, o diálogo essencial para o pensamento e elemento imprescindível para a qualidade da informação produzida na pesquisa. O contexto pode ser interativo, mas o tecido relacional da pesquisa determina o valor da qualidade da informação. (REY, 2005).

O acesso ao cenário de pesquisa é um ponto bastante importante na pesquisa qualitativa, pois é nesse momento que o pesquisador necessita usar de suas habilidades relacionadas ao estabelecimento de vínculo da forma mais eficiente possível.

O contato buscado pelos cientistas nessa fase da pesquisa, ou é mais próximo ou mais intenso. Entrevistas abertas, por exemplo, exigem um envolvimento maior entre o entrevistado e o pesquisador do que seria necessário na simples entrega de um questionário. (FLICK, 2004).

O pesquisador é de fundamental importância na pesquisa qualitativa, já que as suas habilidades comunicativas são as principais formas de coleta de informações relacionadas ao tema da pesquisa. Todavia, as pessoas que se envolvem como pesquisadas também são importantíssimas no desenvolvimento da pesquisa.

A adesão dessas pessoas nesse processo também está relacionada à habilidade do pesquisador em estabelecer vínculo e mobilizar as pessoas a se disporem a participar de

processos que podem criar situações de constrangimento por expor questões pessoais ou, através delas, surgirem mal estar por situações que não são vistas ou discutidas.

No caso dessa pesquisa não houve dificuldades de acesso com a instituição e com a profissional envolvida na área pesquisada, pois já existia um vínculo que viabilizou essa abertura para a construção de conhecimento junto à direção do Programa Saúde da Família.

Conforme citado anteriormente, foi utilizado um roteiro de entrevista no qual foram marcados alguns pontos de discussão referentes ao trabalho dos agentes que atuam no campo do Programa Saúde da Família (PSF) assim como, alguns questionamentos relevantes acerca da política pública implantada em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS). A entrevista foi realizada no local de trabalho, Unidade de Saúde de São Sebastião – DF. Esse critério foi adotado por ter sido observado a dificuldade em conciliar um horário entre pesquisador e pesquisado além dos limites do expediente profissional para realizar a entrevista, mas, principalmente, por considerar o ambiente de trabalho o local mais apropriado para que a entrevistada falasse sobre suas atividades, suas experiências e seus conhecimentos.

2.6 – Construção da Informação

A construção da informação na pesquisa qualitativa tem apoio no curso progressivo do processo de construção e interpretação que começa no início da pesquisa e a acompanha em todos os momentos. Os dados coletados no decorrer da pesquisa adquirem significado à medida que a pesquisa avança, e as características individuais dos sujeitos pesquisados são integradas em sistemas que adquirem sentido pelas construções do pesquisador.

O objetivo da pesquisa qualitativa não é produzir resultados finais que possam ser reproduzidos e, portanto invariáveis sobre a questão estudada, mas sim a produção de novos conhecimentos que estão em contínuo processo de evolução, visto que o sujeito é complexo e está em constante amadurecimento. Logo os novos momentos teóricos irão sempre se integrar a construção do conhecimento.

A pesquisa que está sendo realizada construirá as informações a partir da orientação da epistemologia qualitativa que traz os conceitos de Indicador e de Categorias.

O termo indicador foi introduzido, segundo González Rey (2005), para designar os elementos que adquirem significação em consequência à interpretação do pesquisador, ou seja, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação. O indicador é construído baseado em informações implícitas e indiretas porque não determina conclusões do pesquisador relacionadas ao tema.

Na pesquisa os indicadores formam categorias criadas para facilitar a evolução da complexidade dos processos nas quais a subjetividade humana está envolvida. Eles são categorias produzidas no processo de construção do conhecimento durante a pesquisa para produzir e definir zonas de sentido, de forma que os indicadores geram o desenvolvimento de categorias e conceitos no desenrolar da pesquisa. De acordo com Rey (2005) um dos processos mais ricos da pesquisa é o desenvolvimento de categorias que permitam conceituar as questões e processos que aparecem em seu curso, os quais não podem ser conceituados nos marcos rígidos.

O momento de construção da informação pode ser considerado o ponto culminante da pesquisa qualitativa, uma vez que as informações coletadas tentam ser compreendidas através de um referencial teórico sólido e coerente.

Contudo, as mesmas devem ser respeitadas em seus diversos formatos de expressão que podem ser visualizados em linguagens verbais e corporais. E a partir dessa compreensão do pesquisador que busca enxergar a totalidade, os fenômenos envolvidos passam a gerar zonas de sentido para o pesquisador e também para as pessoas que partilham de alguma forma a pesquisa que foi realizada.

III – CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

A entrevistada K. possui atualmente a função de Coordenadora do Núcleo de atenção primária e estratégia Saúde da Família, e é responsável pela atenção primária da Unidade de São Sebastião. Em São Sebastião são 14 equipes de Saúde da Família, um Centro de Saúde e um Programa de Agente Comunitário de Saúde, e ela é responsável por estar coordenando todas as atividades dessas equipes.

O trabalho no Programa Saúde da Família

A construção de um sistema de serviços de saúde universal, igualitário e integral constitui um processo social e político que se realiza por meio da formulação de políticas públicas voltadas para a saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializem mediante a ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços, tem sido importante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde.

Em meados da década de 1990 teve início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com K. o Programa Saúde da Família surge como forma de reestruturar e de reorganizar a atenção primária. A equipe de Saúde da Família hoje em São Sebastião conta com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e mais seis agentes comunitários de saúde. No PSF cada equipe de Saúde da Família é

responsável por certa quantidade de pessoas, e se trabalha com abrangência, com população adscrita, que é o cadastramento da população.

K. *“No PSF a gente trabalha com população adscrita, que é a população cadastrada, o agente comunitário vai até a casa da pessoa, faz um cadastro, pergunta qual a condição de saúde, quantas pessoas moram na casa, se tem algum agravo, se tem diabético, gestante, enfim, faz uma anamnese da situação da família, e esse cadastro é levado para a equipe. Mas a gente também não pode ferir os princípios do SUS como a universalidade e equidade, então a gente dá prioridade aquela população cadastrada, mas se a pessoa não tiver esse cadastro ela também pode ser atendida...”*.

Para a reestruturação da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a reorientação das práticas de saúde, bem como a renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida.

Esse cadastramento das famílias é importante para que se obtenha um diagnóstico socioeconômico e epidemiológico da comunidade, capaz de orientar o planejamento das ações. Junto a essa coleta de dados, é possível alcançar outras formas de conhecimento do contexto daquela população, utilizando esse recurso para contribuir na definição de estratégias que delimitem um quadro mais realístico da situação da saúde da população e viabilizem a inserção dos profissionais de saúde na dinâmica própria da comunidade, durante a coleta de dados.

As visitas domiciliares além de expandir o conhecimento acerca das condições de vida da população adscrita, possibilitam a oferta de uma assistência contínua e presente. Um importante aspecto é que a prática das visitas tende a resgatar também o fator humano que se perdeu ao longo de um sistema de saúde puramente assistencial. Essa relação de vínculo que se estabelece estimula os sujeitos da comunidade a se implicarem pessoalmente no processo de promoção e prevenção da saúde, à medida que

valoriza suas formas particulares de viver e os responsabiliza na realização de seu próprio bem-estar.

O fato da equipe Saúde da Família atender também a população não cadastrada demonstra certa valorização do ser humano que vai além das regras estabelecidas pelo programa.

Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF:

K. “No PSF a gente tem o agente comunitário de saúde que está inserido já na comunidade que conhece os problemas de saúde daquela população adscrita, e ele é um agente principal na criação do vínculo...”.

K. “Acho que o mais importante da gente falar em relação à saúde da família é saber que os profissionais que cuidam da saúde da população, daquela área adscrita, eles conhecem realmente a população, porque antes de se iniciar os atendimentos deve ser feito o diagnóstico de área, porque a gente tem que saber os principais problemas da comunidade. No saúde da família também se abre um espaço muito grande pro controle social, para a participação da comunidade no processo de decisão de saúde mesmo....”.

Ao final da frase pode-se constatar que o programa visa valorizar o sujeito, ou seja, valorizar sua opinião e participação. Sendo assim, a subjetividade do sujeito é considerada neste processo, por conseguinte.

De fato, os objetivos do programa, entre outros, incluem a humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população. O vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde por consequência das visitas domiciliares, que facilita a adesão da

população ao serviço de saúde. A população se sente melhor assistida, pois a equipe intervém com uma visão mais ampla pelo conhecimento da população.

Além disso, propõe a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. Percebe-se, a partir desses objetivos, a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de Saúde da Família, bem como na resolução dos problemas de saúde identificados na comunidade.

A própria questão de se ter um agente comunitário inserido na equipe Saúde da Família é um diferencial nos serviços de saúde:

K. “Quando vai se trabalhar com saúde da família tem que se fazer o diagnóstico de área, como um todo, tanto de saúde, de condição socioeconômica, e o agente comunitário estando inserido naquela comunidade, claro que é muito mais fácil pra ele entender como aquela população pensa, como eles agem, do que a gente que não está inserido lá...”.

O agente comunitário de saúde é fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha e acompanha diretamente a população criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe.

O agente comunitário de saúde, por ser um morador da comunidade, representa uma grande escala de possibilidades, pois conhece as pessoas a quem atende, possui a mesma linguagem, vivência situações parecidas e compartilha crenças semelhantes. Uma orientação levada por um cidadão nessas condições oferece maior credibilidade o que dificilmente as palavras de um técnico da saúde alcançariam. É fundamental então que o agente esteja inserido no mesmo contexto da população assistida, pois só assim compreenderá mais amplamente como se organiza a comunidade. É interessante

constatar quando K. fala que estando o agente inserido na comunidade é mais fácil para ele compreender como a população pensa e age, o que mostra mais uma vez a valorização dos aspectos subjetivos dos indivíduos da comunidade e a importância de compreendê-los considerando-se o modo de vida deles.

O vínculo estabelecido pelo agente comunitário de saúde com a comunidade por meio do convívio facilita aderência ao programa e a abordagem da equipe. Contudo, pode apresentar sentimentos de impotência pelo limitado poder de resolução, visto que seu trabalho muitas vezes se burocratiza e torna-se essencialmente administrativo.

Os agentes comunitários de saúde identificam-se com o programa pela convivência na comunidade, e o fato daquela população demandar intervenções fora do seu poder de alcance pode ser frustrante. O compromisso das políticas de saúde pode expor os limites de suas ações para com a população quando se trata do contexto socioeconômico, e essa situação é muito conflitante para os profissionais que acabam percebendo que não podem resolver todos os problemas sociais que acompanham o setor da saúde em sua própria comunidade.

A participante apresenta, também, algumas das dificuldades vivenciadas pelas equipes quando coloca:

K. “São Sebastião tem aproximadamente 100 mil habitantes e cada equipe de Saúde da Família é responsável por 3 a 4 mil pessoas, então na verdade a gente tem 14 equipes mas deveríamos ter em média mais ou menos 28 para conseguir atender a todos com o saúde da família. O centro de saúde que tem lá na verdade era pra estar atendendo no máximo 35 mil pessoas e hoje em dia ele está atendendo quase 50 mil que é quase metade da população.”

K. *“Em São Sebastião a gente ainda não tem o NASF que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família que conta com outros tipos de profissionais como terapeuta*

ocupacional, psicólogo, nutricionista, pediatra, ginecologista porque a gente ainda não tem firmado esse núcleo, por enquanto é só médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários.”.

Entre as propostas do PSF encontra-se a de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades da população, contudo, observa-se a partir das falas acima a necessidade de se destinar maiores recursos humanos para dar conta da totalidade das ações.

A atenção primária à saúde é complexa e demanda uma intervenção ampliada em diversos aspectos para que possa ter efeito sobre a qualidade de vida da população. O programa Saúde da Família é caracterizado como uma porta de entrada para um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Para apoiar a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde e ampliar a abrangência das ações de atenção primária o Ministério da Saúde criou o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outros, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes Saúde da Família.

A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais e do DF, e deve seguir os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O que há de se questionar é como as equipes Saúde da Família de São Sebastião que atendem cerca de quinze mil pessoas acima de sua capacidade, além de estarem localizadas em uma área identificada entre as regiões administrativas com baixo índice

de desenvolvimento humano, não contam ainda com o apoio do NASF, que foi criado justamente para auxiliar nas necessidades das equipes e da população.

A resolução do Ministério da Saúde que oferece o NASF como apoio as equipes representa uma importante ajuda, mas é preciso um bom planejamento e compromisso com a qualidade, caso contrário será apenas mais uma fonte de recursos para os gestores e governantes, sem que isso se traduza em melhor atendimento à população.

Atividades em DST/HIV/AIDS desenvolvidas pelo PSF

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a doença por ele provocada, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) têm sido estudada de forma intensa desde o aparecimento dos primeiros casos identificados na década de 80, e ocupa hoje um lugar cada vez maior entre os principais problemas de Saúde Pública do país.

O modelo assistencial de saúde no Brasil deve contemplar a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo as ações relativas à assistência em HIV/AIDS.

Entre as diversas propostas de modelos de atenção primária que viabilizem, na prática, as diretrizes do SUS, está o PSF. Em relação aos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS o objetivo é o de oferecer ao paciente e portador do HIV/AIDS uma assistência diferenciada, realizada por uma equipe multidisciplinar capacitada para atender esses casos.

No entanto essa prática não é observada na análise do discurso da entrevistada.

K. “Com relação ao HIV/AIDS, no Saúde da Família, a gente faz o pedido de exame, a equipe faz um aconselhamento, explica pra pessoa o que é o exame e o porquê

de estar pedindo... mas a gente tem uma dificuldade enorme porque esses exames não voltam pra equipe Saúde da Família, então geralmente a gente pede o exame, mas o resultado mesmo não é dado por quem pediu, pelo menos não os resultados alterados, os resultados normais a gente recebe, mas os resultados alterados eles não mandam pra gente, fica por conta do próprio laboratório, eles entram em contato com a pessoa e é dado em outro local, e não pelos profissionais do Saúde da Família”.

A proposta do PSF prevê o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde, de cura e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade. No entanto, os discursos relativos ao atendimento em HIV/AIDS revelam ênfase no encaminhamento para os serviços especializados, desvinculando-se os casos da unidade básica e transferindo-se a responsabilidade pelo acompanhamentos dos casos.

O fato da equipe do Saúde da Família não tomar conhecimento dos resultados alterados impede a obtenção de dados fidedignos quanto ao real contingente de infectados o que também impede a adoção de medidas administrativas visando o adequado uso dos recursos necessários ao tratamento dessa população.

A demanda e o conhecimento dos profissionais do PSF sobre o funcionamento do serviço de assistência especializada em DST/HIV/AIDS.

Com relação ao conhecimento dos profissionais do Saúde da Família em São Sebastião sobre o atendimento especializado na área das DST/HIV/AIDS a participante descreve:

K. “Os profissionais do Saúde da Família já tem um treinamento, eles fazem o acolhimento dessas pessoas com DST, fazem o tratamento e se necessário eles encaminham para a sala das DST/AIDS.”.

K. “Quando eu trabalhava em uma equipe da Saúde da Família, tinha uma pessoa que tinha o HIV, mas eu só o captei por que ele me contou mesmo, mas nunca foi me passado nada, então assim na verdade a maior parte não tem a referência e contra referência da instituição que deu o resultado positivo de falar: - Olha tem um paciente na sua área que é HIV positivo faça um acompanhamento, isso não. E eu acho que é uma falha...”.

Em relação à demanda em DST/HIV/AIDS do PSF, observa-se que não existe conhecimento dos profissionais acerca dos usuários com DST/HIV/AIDS de sua área de abrangência, uma vez que nunca há esse tipo de atendimento especializado. Esse desconhecimento é um ponto crítico na assistência aos indivíduos visto que ocorre um desmembramento na articulação entre os serviços de saúde.

O atendimento desses profissionais se limita ao pedido de exames e encaminhamento ao Centro de Saúde, quando na verdade eles deveriam realizar uma ação integrada com os serviços de referência em DST/HIV/AIDS, de forma a intensificar o acompanhamento dos indivíduos infectados, até mesmo pelo vínculo criado pelas visitas domiciliares que possibilitam ao indivíduo maior confiança e aceitação do diagnóstico. A colaboração entre os serviços de saúde contribui para assegurar uma assistência contínua, o que significa o indivíduo ser acompanhado em todos os estágios, da prevenção da infecção ao tratamento.

Já com relação à demanda em número de casos diagnosticados pelas equipes Saúde da Família os dados apresentados abaixo pela participante trazem reflexões que

concernem às habilidades e preparo das equipes em captar os pacientes e suas necessidades.

K. “Os casos diagnosticados são poucos, se eu for pegar assim friamente o número de notificações de DST, por exemplo, mês passado, tinham sido só 20 notificações, e é um número muito reduzido, porque a gente sabe que tem uma grande parte da população que tem alguma DST, independente de qual seja, pensando que são 14 equipes de Saúde da Família e todas elas com médico e enfermeiro, será que nenhuma delas diagnostica esses casos? Tem mês que diagnostica um, tem mês que nenhum...”.

K. “O que eu questiono é porque que no Saúde da Família diagnostica pouco, e já na sala da DST/AIDS aparece muita notificação, que são só três profissionais trabalhando...”.

Sabe-se que uma grande parcela da população que por alguma razão precisa procurar pelos serviços de saúde acaba não sendo valorizada como deveria ser e, de forma recorrente, justifica-se essa incompetência em lidar com pessoas pontuando a falta de tempo dos profissionais, a falta de habilidades das equipes ou até mesmo a falta de preparo.

As falas da participante trazem que grande parte das notificações em DST/HIV/AIDS são feitas pelo Centro de Saúde e não pelas equipes de Saúde da Família que possuem um número maior de profissionais. Esse fator pode estar ligado ou a falta de conhecimento da população acerca dos sintomas das doenças ou a falta de sensibilidade das equipes em captar esses indivíduos.

Portanto, conclui-se que se torna necessário oferecer atenção especial para a preparação das equipes do PSF em lidar com a temática, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral da população, mudando principalmente a conduta desses

profissionais, no sentido de procurar no atendimento oferecer condições e espaço para que as pessoas possam identificar seus problemas de saúde. Verifica-se também a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade.

A questão do gênero masculino e a procura pelos serviços de saúde

A participante expressa pontos com bastante relevância sobre a temática quando evidencia a ausência dos homens na utilização dos serviços de saúde.

K. “Geralmente são as mulheres que chegam pra atendimento, os homens são minoria, tanto é que hoje em dia já tem o programa Saúde do Homem, que foi criado para ver se estimula esses homens a procurarem mais o serviço de saúde, lá eles só procuram como se diz... quando o pinto ta caindo já, ou então quando a gente chama porque deu alguma alteração na mulher.”.

K. “pra um homem procurar o serviço de saúde dizendo que está com algum problema no pênis é muito difícil, se ele chegar lá pra marcar uma consulta e dizerem que a consulta é daqui a um mês, você pode ter certeza que ele não vai...”.

Esse afastamento dos homens pode estar relacionado a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Em seus modelos de masculinidade, os homens muitas vezes assumem comportamentos de risco que estão relacionados a um modelo de masculinidade idealizada. Relacionado a isso se encontram as dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, uma vez que

falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilidade.

Outro fator que pode também ser associado a essa invisibilidade masculina é a dificuldade do acesso ao serviço, ou por considerarem o serviço de saúde um espaço feminino, freqüentado principalmente por mulheres e que é composto em sua maioria, por profissionais também mulheres. Tal situação poderia provocar nos homens a sensação de não-pertencimento àquele espaço. Observa-se assim que existe uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Isso acontece porque os homens não buscam os serviços de atenção primária adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção da saúde.

Esse afastamento do homem na procura por serviços de atenção primária faz com que ele fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, seus exames preventivos. A resistência masculina à atenção da saúde aumenta além da sobrecarga financeira para a sociedade, principalmente o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação e qualidade da vida dessas pessoas.

Outra fala aparece no discurso da participante e demonstra a dificuldade de aproximar o gênero masculino à assistência primária de sua saúde:

K. “A gente tenta acolher o homem, convocá-lo pra conversar, mas ele não aparece, a gente tenta fazer visita domiciliar também, mas eles também não aceitam, então assim eu acho que ainda tem muito tabu, com relação à DST mesmo, e eu acho que com relação a própria sexualidade....”.

Isso demonstra a percepção de K. sobre o assunto e também sua frustração, afirmando que várias mediadas são tomadas e ainda assim os homens se mantêm mais distantes dos serviços de saúde do que as mulheres. Ela diz ainda o porquê disse acontecer, quando menciona o tabu em relação à sexualidade masculina.

As ações em saúde devem ter a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre dessas variáveis. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada sinal de fragilidade e os homens não a reconhecem como inerentes à sua condição biológica. A isto se acresce a idéia de que ao procurar pelo serviço de saúde o médico possa descobrir que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para se propor estratégias e medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária a fim de preservar a prevenção e promoção de saúde como eixos fundamentais na intervenção. A masculinidade é construída histórica e socialmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção, o que possibilita uma mudança cultural, que, contudo, irá exigir transformações estruturais para que o sistema esteja mais sensível, inclusive no treinamento dos profissionais.

Educação em Saúde

Entende-se por educação em saúde a combinação de experiências de aprendizagem delineadas para facilitar ações conducentes à saúde, enfatizando a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas.

Uma das principais dificuldades encontradas no campo da educação em saúde é a permanência, de modelos hegemônicos na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos do adoecimento, a responsabilidade de seguir um novo estilo de vida mais saudável.

Desconsidera-se, portanto, que o processo educativo engloba histórias de vida, conjuntos de crenças e valores, e a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas socioculturalmente.

Esse aspecto pode ser observado através das falas:

K. “Na prevenção e educação em saúde é importante também estar criando novas formas de abordar, as vezes por meio de oficina, mais interativo mesmo, pra que a população possa participar e não só o profissional ser o detentor do conhecimento que vai passar tudo o que eles sempre tiveram que saber e que não sabem de nada...”.

K. “Eu acho que a saúde tem um papel na educação e saúde, mas também tá hora de todo mundo revisar e ver o que a população quer, porque é muito chato, ir num posto pra ficar ouvindo palestra, porque depende se não for um assunto que você queira muito saber, você não vai, ou então vai, mas vai entrar num ouvido e sair no outro...”.

Interessante observar a visão de K. quando ela mesma afirma que acredita ser muito chato para a população participar de uma palestra da qual não se interessa ou não

entenda do assunto. Outro interessante posicionamento de K. é quando ela fala de alternativas, como oficinas interativas, para que haja maior sensibilização e participação da população. Tudo isso tendo em vista o contexto de cada comunidade.

Decorre daí que, ao se pensar sobre intervenção em educação e saúde, deve-se levar em consideração as representações dos sujeitos, as noções e modos de pensamento construídos pela trajetória de vida, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva. Além disso, reafirma que os profissionais de saúde, devem estar em constante atualização de hábitos, modos de vida e sensibilidades, de acordo com os significados históricos e culturalmente construídos e assim elaborando suas representações da saúde e doença.

Vários referenciais têm enfatizado a importância de se observar o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, emocionais e culturais para tornar possível atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta. Em tempos atuais sabe-se que o trabalho educativo a ser feito extrapola o campo da informação, e deve integrar a consideração de valores, crenças, modos de vida e símbolos sociais que levam as formas específicas de condutas e práticas saudáveis.

No tocante a temática da educação em saúde voltada para a prevenção em DST/HIV/AIDS, algumas das falas da profissional K. chamaram a atenção:

K. “Acho que a gente tem que rever, acabar com essa forma de abordar com palestras sobre DST, eu acho que tinha que ser alguma oficina, alguma coisa que realmente atraia essa população, quando você chama eles não vem, o que vai atrair eles?”.

K. “A gente tem um desafio aí que é conseguir capturar essas pessoas mesmo, ir até a casa, ir até a igreja, ir onde eles estiverem...”.

Mais uma vez K. mostra-se engajada em criar alternativas que chamem a atenção e interesse da população no que tange às DST. Isso é muito válido, pois ela não somente diz o que acha estar errado, mas se coloca expondo o que acredita que poderia melhorar o programa.

As aulas de orientação sexual devem ter metodologia participativa, em que o conhecimento se constrói coletivamente, sem imposições pela via da autoridade. Constituindo assim um debate permanente sobre as questões da sexualidade humana, base indispensável para o desenvolvimento de atitudes e padrões de conduta que promovam a saúde sexual do indivíduo, da família e da sociedade.

Um dos fatores a ser citado também são os modelos biológicos de explicação da vida sexual, que nos é passada até hoje pelos padrões conservadores e tradicionais da educação, que colocam em evidência o papel das condições biológicas necessárias para a expressão da sexualidade. É claro e notório que o aparato biológico e fisiológico do corpo humano é indispensável como parte do ensino da sexualidade, pois são eles que padronizam muitos dos comportamentos socialmente aceitáveis dos indivíduos nas categorias de gênero.

Contudo é importante frisar que esse conhecimento não pode ficar restrito a área da biologia, pois a sexualidade também abrange aspectos sociológicos, psicológicos culturais e até econômicos dentro de uma sociedade.

Como cita Egypto (2003) a intervenção pedagógica de orientação sexual deve favorecer a reflexão sobre a sexualidade, problematizando os temas polêmicos, favorecendo ampla liberdade de expressão em ambiente acolhedor, visando promover o bem-estar sexual ampliando a cidadania.

Para isso deve-se trabalhar o vínculo e a interação com a comunidade. O que se pode observar durante a entrevista é que a orientação restringe-se ao simples repasse de

informações, denunciando problemas relacionados à falta de didática, e até de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais à realização adequada dessa atividade.

Promoção e Prevenção de Saúde e às DST/HIV/AIDS

No decorrer do diálogo observou-se que grande parte das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais do saúde da família, ainda não estão em concordância com as estratégias propostas para o programa, que seriam o de reorganização da atenção básica, reorientação do modelo assistencial, promoção e prevenção de saúde.

K. “O que eu vejo é que a gente fala muito em prevenção e promoção de saúde, mas as pessoas não sabem fazer prevenção e promoção de saúde, e eu acho que é muito mais difícil do que as ações curativas, porque ação curativa você tem protocolo, você segue, e a prevenção e promoção de saúde você tem que levar em consideração o que a pessoa já sabe o estilo de vida dela...”.

K. “O PSF tem muito esse papel de prevenção, promoção e também de cura e reabilitação, a gente tem que ver como um todo, mas a gente vê que na verdade a maioria das ações são só curativas mesmo...”.

K. “A promoção e prevenção de saúde são deixadas de lado, seja porque os profissionais dizem que a demanda é grande, que não dá tempo de oferecer esse serviço, o que a gente sabe que é mentira porque dá tempo sim, é só se organizar.”.

O mesmo pode ser observado em relação às medidas voltadas para as DST/HIV/AIDS:

K. “Com relação à política de prevenção e promoção da saúde, com relação às DST eu acho que a população não tá consciente ainda, eu acho que os próprios

profissionais também não percebem a fundo a importância disso, de estar se prevenindo um HIV...”.

K. traz nessa fala o fato de que nem a comunidade nem os profissionais da saúde estão conscientizados da importância em se prevenir as DST, isso pode estar ligado à falha no acesso as informações adequadas referentes ao tema assim como a própria distância que os sujeitos se colocam frente à problemática, como se prevenir tais doenças não se enquadrasse a sua realidade.

De acordo com Parker & Camargo (2000), a AIDS tem se direcionado aos segmentos menos favorecidos da sociedade, e o fato da doença atingir cada vez mais pessoas com menor escolaridade, é devido ao reduzido acesso as informações. Acredita-se assim que pelo escasso acesso à informação e aos suportes apropriados da educação, a população menos assistida é mais suscetível a contrair essas doenças. Estabelece-se assim uma relação de não pertencimento à vulnerabilidade, associando a infecção apenas aos grupos menos favorecidos.

Dessa forma, restringimos nossas propostas de intervenção preventiva a uma questão apenas de mudança de comportamento agindo como se cada um de nós fosse o exclusivo responsável pelos sucessos e insucessos em nos protegermos do vírus da AIDS, ocorre uma culpabilização do sujeito, como se este não fosse também fruto de uma construção social.

Esse fato nos faz pensar que a AIDS representa atualmente um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. E os enormes progressos do conhecimento e da técnica nesse campo não chegaram a alterar os determinantes fundamentais da infecção e o adoecimento de significativos contingentes populacionais. Este aspecto é especialmente relevante quando se trata dos programas de prevenção. O progresso dos

recursos diagnósticos e terapêuticos no manejo da AIDS obriga a um concomitante reforço e exame crítico das ações de prevenção.

As campanhas atuais centram as políticas, programas e ações nos grupos ou comportamentos de risco, e não nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos sujeitos sociais e suas interdependentes identidades. A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS depende não só da informação passada de forma pura e simplista, mas de uma sensibilização e conscientização da existência do risco. A auto-percepção adequada contribuiria para ajudar a evitar comportamentos e situações de risco, assim como adotar rotineiramente medidas preventivas.

A fala da participante é efusiva em relação a esse fator:

K. “O que eu vejo é que nas atividades sobre o uso da camisinha a população sabe que tem que usar, eu acho que quem hoje não usa é porque não quer, não sei se a forma de sensibilizar, a forma de abordagem poderia estar mudando, a forma como os profissionais de saúde abordam essas pessoas deve ser chato mesmo, vem uma pessoa que não sabe nada da sua vida direito mandar você usar camisinha, porque você vai usar? O que isso vai mudar na sua vida...”

Essa afirmação de K. sobre o uso da camisinha traz novamente a idéia dela de que as medidas de saúde voltadas para a prevenção das DST estão distanciadas da realidade da comunidade, que a população sabe que se deve fazer o uso do preservativo, mas não têm consciência da importância e o porquê de sua utilização. Aparece aí também, novamente, como ela acha que a abordagem dos profissionais sobre o assunto é inadequada. Quando ela afirma também que *“vem uma pessoa que não sabe nada da sua vida direito mandar você usar camisinha, porque você vai usar?”* isso se reflete no que foi dito antes, de que o agente estar inserido no contexto de vida dessas pessoas

poderia sensibilizar muito mais e dar mais credibilidade ao seu trabalho, fazendo com que as pessoas recebam melhor as informações.

A abrangência de tais campanhas é reconhecidamente grande, sobretudo quando veiculadas nos meios de comunicação, possibilitando o acesso universal à informação. Constata-se, porém, que elas não são suficientes para fortalecer o sistema de valores, formar atitudes favoráveis e padrões de comportamento coerentes que gerem resultados efetivos na prevenção das DST/AIDS. Portanto, devemos avaliar e acompanhar os contextos diferenciados da população para que as campanhas façam sentido para os indivíduos para que esses possam assumir uma postura ativa diante da epidemia.

No diálogo referente às campanhas a entrevistada demonstrou seu questionamento a respeito do real alcance dessas ações, visto que elas não têm obtido resultados animadores nem produzem mudanças significativas nas atitudes e comportamentos da população, e lembrou que as campanhas publicitárias para o uso da camisinha sempre vem associado à época do carnaval.

K. “Esses temas tem que estar inseridos no cotidiano não só no carnaval, porque parece realmente que as pessoas só vão ter relação no carnaval, e no resto do ano não...”.

Daí cabe atentar ao enorme desafio que é produzir ações preventivas vinculadas à construção e aplicação de conhecimentos nas práticas de saúde na atualidade, que incorporem variáveis de complexidade tal, que unem sociedade, indivíduo, padrões e crenças culturais e histórias, relacionadas a juízos e práticas moralmente estruturadas.

Humanização - Sensibilidade dos profissionais

Entende-se que para trabalhar com saúde da família é imprescindível aos profissionais se comprometerem com a noção de humanização, como um pré-requisito

que os instrumentem para compreender as necessidades de seu território de responsabilidade e, sobretudo para perceber as vulnerabilidades que levam às pessoas ao sofrimento.

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades como sujeitos de direito, é observar cada família, cada indivíduo, em sua singularidade, com seus valores, costumes, com sua história particular, ampliando as possibilidades para que esses possam exercer sua autonomia.

Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar que a atenção e a gestão em saúde significam a qualificação das práticas de saúde, acesso com acolhimento, com responsabilização e vínculo, e valorização dos usuários, contudo o discurso de K. demonstra que os profissionais ainda não estão sensíveis a essa perspectiva. Como por exemplo:

K. “O paciente com corrimento, por exemplo, a gente tenta orientar para ver se consegue que essa pessoa tenha prioridade de atendimento e seja uma demanda espontânea, mas a gente sabe que é problema, porque tem muito profissional que não quer atender na hora porque diz que tá cheio, mas a gente sabe que isso não é verdade...”.

K. “Os profissionais pelo menos em São Sebastião tem treinamento, mas eu não sei se eles são sensíveis a causa, até porque a gente percebe assim que as DST são de notificação compulsória, e a gente quase não vê a notificação, então será que eles não estão atendendo ou será que estão atendendo mas não estão fazendo a notificação, então é difícil, eu percebo assim que os profissionais tem que estar sensíveis pro problema mesmo...”.

K. “É sensibilização do profissional mesmo, e eu acho que às vezes isso é da pessoa mesmo, é que nem a política de humanização, que a gente tem que humanizar,

mas se você não tiver uma postura mesmo de respeito com o outro, pode ter política, pode ter o que for que você não vai fazer...”.

Esses trechos mostram como K. acha importante a sensibilização por parte dos profissionais de saúde, a fim de haver um melhor atendimento prestado à população e, conseqüentemente, maior humanização da saúde, o que poderia contribuir para um maior envolvimento da população nas questões ligadas a saúde, como a prevenção das DST.

A padronização dos atendimentos é um fato constatado no cotidiano das práticas de saúde, o que acaba levando à rigidez e impessoalidade na relação. O próprio modelo biomédico que estabelece que o profissional possui autoridade, pois é detentor de conhecimento e habilidades, persiste em se fazer presente nas ações de atendimento à saúde.

Vale ressaltar que a humanização deve investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado, como exposto nos trechos acima, fora o processo de exclusão velado os profissionais não têm demonstrado sensibilidade em desenvolver seu trabalho com eficiência e eficácia.

Além de se passar a responsabilidade para frente, ignoram a atenção ao outro. E não atentam para a flexibilidade de mercado, no qual se deve trabalhar não só com intervenções hospitalares, mas projetos de educação em saúde, na área de gestão e políticas públicas, nas quais em todas elas, têm-se a responsabilidade de atuar como agentes promocionais da saúde.

A humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver a tríade usuário, profissionais de saúde e as instituições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise do discurso e da experiência que a pesquisa exploratória proporcionou, pode-se constatar que promoção e prevenção de saúde ainda são temas que apresentam considerável distância entre literatura, em muitos pontos ideológica, e a prática nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde.

Os serviços de saúde estão impregnados de crenças que advém de um processo social que passa pelos interesses das classes sociais, influenciado pela ciência, religião, mídia e sua resultante é expressa tanto pelo imaginário coletivo quanto pelas políticas públicas, coordenadas pelo Estado.

A cultura é o modo de vida de um povo. Consiste na estrutura de conhecimentos e de valores de uma sociedade no conteúdo dos comportamentos considerados normais e inaceitáveis e nos seus sistemas de crenças e de moral. Assim como a saúde e a doença, a cultura é transmitida entre grupos e gerações.

Pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com essas práticas convencionais e hegemônicas de saúde que se perpetuam através do tempo, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho.

O serviço de atenção à saúde é complexo. A qualidade depende de diversos fatores como a capacitação de servidores, a quantidade de profissionais, a existência de equipamentos e de infra-estrutura. Outro aspecto importante é a interação da equipe multiprofissional que agrupa profissionais com diferentes funções. Cada um desenvolve uma função específica que, no conjunto, converge para o objetivo comum de oferecer um serviço de saúde adequado.

Trabalho e saúde encontram-se relacionados e este trabalho pode contribuir ou dificultar a caminhada em direção à saúde. Há sempre uma distância entre as normas

que antecedem a execução do trabalho, as tarefas prescritivas e as atividades realmente desenvolvidas. Essa distância precisa ser reconhecida para que se compreenda como os riscos à saúde da equipe de profissionais são geradores de vulnerabilidade no programa. As circunstâncias sociais, educacionais e psíquicas ligadas à saúde, à doença e as formas de intervenção para o seu atendimento são, muitas vezes, desconsideradas.

De modo geral, a avaliação de um grande número de usuários do sistema de saúde revela a percepção de que a qualidade positiva do conhecimento técnico-científico e a competência dos profissionais de saúde correspondem a uma qualidade nos aspectos referentes às qualidades relacionadas como: maneira de atender, forma de se comunicar, dedicação de atenção e tempo, oferecimento de informações necessárias e empatia com o sofrimento alheio.

Para que sejam efetivadas, mantendo a atenção à saúde, as mudanças demandam o enfrentamento de obstáculos relacionais cotidianamente. A noção de qualidade do trabalho em saúde é mensurada tanto pela competência técnica quanto pela competência interacional. Embora, em grande parte, a humanização dos serviços de saúde seja um trabalho de natureza subjetiva, personalizada e, portanto, com uma complexidade própria, envolve produtos reconhecíveis através da utilização de técnicas simples e viáveis. Trata-se de um trabalho que tem como diretriz central o envolvimento técnico e emocional dos profissionais da saúde, de forma a dotá-los com condições adequadas para o atendimento da comunidade.

O indivíduo que está bem capacitado, que é respeitado como profissional que tem espaço para ser ouvido em suas dúvidas, angústias e necessidades, e que possui recursos para desempenhar seu trabalho, está mais apto a atender com eficiência e qualidade.

A saúde é a primeira e mais importante forma de riqueza. Ela se configura como o

alicerce essencial que sustenta o crescimento, a aprendizagem, o bem-estar pessoal, a satisfação social, a produção econômica e a cidadania construtiva. A promoção de saúde envolve tanto comportamentos individuais, como coletivos e de políticas públicas saudáveis na comunidade, que promovam um senso geral de responsabilidade pessoal pela maximização da segurança e do funcionamento efetivo da pessoa (JENKINS, 2007).

De acordo com o princípio da integralidade, o PSF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, porém com relação às campanhas públicas de prevenção, podemos dizer que hoje, apesar dos investimentos feitos pelo governo, ainda é grande o número de pessoas que não tem acesso às informações.

A nível de atenção preventiva, o PSF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Estas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com a comunidade. Pelo fato da prática educativa do PSF não contar necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, os profissionais devem oportunizar seus contados com os usuários para educar em saúde.

Muitos estudos demonstram que o principal objetivo da educação em saúde deve ser mudar os hábitos e os costumes das pessoas. Infelizmente, esse objetivo chama a atenção para aquilo que a pessoa fez de errado ao invés de partir daquilo que ela faz certo. Está baseado no ponto de vista de que a ignorância da população é a causa principal das doenças e que a sociedade deve corrigir esses hábitos e costumes “errados”.

A educação em saúde que valoriza a pessoa faz o oposto. Reconhece que a má saúde da população é, em grande parte, resultado de uma ordem social injusta. O

objetivo principal é ajudar a adquirir o conhecimento necessário para que se mudem as coisas que provocam doenças.

Como opção de modelo para a educação em saúde, o modelo dialógico favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença e de condições concretas de vida. Nesse mesmo seguimento este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, como modo de pensar às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde à vida e estimulem a participação dos cidadãos em sua elaboração e implementação.

De todo modo, tem-se ainda um longo caminho a percorrer, pois todo indivíduo tem o direito a um serviço de saúde de qualidade. O fundamental é a possibilidade de se desenvolver um trabalho educativo positivo, de valorização humana, mesmo que limitado o seu alcance, através de intervenções adequadas, que possibilitem aos indivíduos capacidade de escolha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, S. “Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial”. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832005000100004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em setembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. “Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso”. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. “Saúde e prevenção nas escolas: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação”. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. “Guia de vigilância epidemiológica” Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BUSS, M. “Promoção da saúde e qualidade de vida”. *Ciênc. saúde coletiva* v.5 n.1 Rio de Janeiro 2000.

CORDEIRO, H. “O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS”. *Cad. Saúde da Família*, v.1, n.1, p.10-5, 1996.

DUARTE, R. “Entrevistas em pesquisas qualitativas”. Educar, Curitiba, n.24, p 213 - 225, 2004. Editora: UFPR.

EGYPTO, C. A (ORG). “Orientação sexual na escola: Um projeto apaixonante”. São Paulo: Cortez, 2003.

FERNANDES J. C. L. “Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro”. *Caderno de Saúde Publica*, 1998.

FIGUEIREDO, W. “Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária” Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_arttext. Acessado em novembro, 2009.

FLICK, U. “Uma Introdução à pesquisa Qualitativa”. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GOLDBERG, A. A. M. “Educação Sexual: Uma proposta, um desafio”. São Paulo: Cortez, 1988.

GOLDENBERG, M. “A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais”. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GUILHEM D. “Escravas do Risco: bioética, mulheres e Aids” Brasília: Editora UnB/Finatec; 2005.

IANNI, A. M. Z. “Biodiversidade e Saúde Pública: questões para uma nova abordagem”. Saude soc. v.14 n.2 São Paulo maio/ago. 2005.

JENKINS, C. D. “Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento”. Tradução Ananyr Porto Fajardo. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, M. A. “Promoção de Saúde: a negação da negação”. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MARTINEZ, M. C. W. “Adolescência, Sexualidade, AIDS”. São Paulo: Ed. Arte e Ciência, 1998.

MASTERS, JOHNSON, KOLODNY. “Heterossexualidade”. Rio de janeiro: Bertrand, 1997.

MINAYO, M. C. S. “O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde”. São Paulo: Hucitec, 1993.

Organização Mundial da Saúde. *Carta de Ottawa*. In: Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1986.

PARKER R, CAMARGO K. “Pobreza e HIV/AIDS” (2000). Aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saude Publica.;16(1):89-102.

REY, G. F. “Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios”. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

REY, G. F. “Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação”. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

REY, G. F. “Personalidade, saúde e modo de vida” Tradução de Flor Maria Vidaurre Lenz da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ROSA, G. LABATE, C. “Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência”. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext&tlng=pt Acessado em setembro de 2009.

SEFFNER, F. “Cidadania, doença e qualidade de vida: o caso da AIDS”. In: Cidadania e Qualidade de Vida. Canoas, La Salle, 1998.

SEFFNER, F. “AIDS é falta de educação”. In: SILVA, Luiz Heron. (org.). A Escola Cidadã no Contexto da Globalização. Petrópolis, Vozes, 1998.

SENNA, M. “Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família”. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700020 Acessado em outubro de 2009.

SCHIMITH, D. LIMA, S. “Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família”. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000600005

Acessado em outubro de 2009.

TURATO, E. R. “Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa”. Petrópolis, Editora Vozes; 2003.

ANEXOS

CARTA CONVITE

Prezado Participante,

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de um estudo conduzido como parte da monografia de conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB, pela estudante Vanessa Kuhlmann Peres, orientada pelo Professor e Psicólogo Fernando Luís González Rey.

Nessa pesquisa, estarei estudando as medidas de prevenção e promoção de saúde, na área de HIV/AIDS, proporcionadas pelo Programa Saúde da Família.

Sua participação será totalmente voluntária. Caso aceite participar desse estudo, será pedido a você que fale sobre suas experiências, seu trabalho, etc. Além disso, me predisponho a dar um suporte psicológico aos participantes desse estudo, que será supervisionado pelo profissional supra citado.

Você não precisará dar informações que não queira e poderá interromper sua participação a qualquer momento. Garanto que todas as informações que possam identificá-lo (a) serão omitidas. Sua experiência profissional e pessoal será de extrema importância para esse estudo. A partir dele terei meios para analisar e enfatizar a relevância do estudo na área de prevenção e promoção de saúde. Desde já agradeço sua valiosa atenção e colaboração.

.....

Vanessa Kuhlmann Peres

TERMO DE CONSENTIMENTO

Compreendo o objetivo desse estudo, como também o que é esperado por mim como participante. Entendo que as informações por mim fornecidas serão totalmente confidenciais. Entendo também que a qualquer momento posso me retirar desse estudo. Tendo em vista as declarações acima, concordo em participar desse estudo.

Nome.....

Assinatura.....

Brasília, ____ de _____ em 2009.